

Facharztpraxis für Kardiologie

Dr. med. Stephan Paulowitsch
Henning Kaufmann
Dr. med. Nikolaos Dagkonakis



MVZ KONSTANZ

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer kardiologischen Facharztpraxis. Für eine optimale Betreuung bitten wir Sie den Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen. Besonders wenn Sie zum ersten Mal bei uns in Behandlung sind benötigen wir Ihre Angaben.

Persönliche Angaben

Name:	_____	Geburtstag:	_____
Telefon/Fax:	_____	Hausarzt:	_____
Handy:	_____	Überweiser:	_____
eMail:	_____		

Ja	Nein	Herz-Gefäßerkrankungen	eigene Angaben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzerkrankung / Angina pectoris	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklappenerkrankung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschwäche	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklappenerkrankungen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorhofflimmern	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Herzerkrankungen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen / erhöhtes Cholesterin	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pAVK (Durchblutungsstörungen der Beine)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall / TIA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Synkope / Bewusstlosigkeit	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafapnoe-Syndrom (ggf. mit Maske)	

Ja	Nein	Andere Erkrankungen	eigene Angaben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose / Lungenembolie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (Asthma /COPD)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen Magen-Darmtrakt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankungen	

Sind bereits Eingriffe am Herzen durchgeführt worden?

Ja	Nein	Voroperationen	eigene Angaben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTCA / Stentimplantation	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bypassoperation	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klappenersatz /-rekonstruktion	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher / Defibrillator	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elektrophysiologischer Eingriff („Verödung“)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kardioversion („Elektrobehandlung“)	

Sind bei einem Ihrer erstgradigen Verwandten (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen aufgetreten?

Ja	Nein	Familienanamnese	eigene Angaben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plötzlicher Herztod	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen / erhöhtes Cholesterin	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	

Weitere Angaben

Körpergröße _____ cm

Gewicht. _____ kg

Allergie

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht

ja nein

Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag

_____ aufgehört seit _____

Alkohol

ja nein

Wenn ja wieviel: _____

Letzte kardiologische Untersuchung:

Letztes Belastungs-EKG

Beruf:

Sport:

Wem gegenüber dürfen wir Auskunft geben (z.B.Ehepartner, Kinder etc.)?

Teilnahme am DMP-Programm KHK?

ja nein

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Der Anamnesebogen wird elektronisch in der Akte hinterlegt und kann auf Aufforderung jederzeit gelöscht werden. Die Angaben dienen dem internen Gebrauch und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Datum

Unterschrift